Z ZAKRESU
CHIRURGII NEREK

Napisał

Prof. Dr. A. Obaliński.

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1891.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" z Nr. 1 i 2, r. 1891.

Z zakresu chirurgii nerek.

Napisał

Prof. Dr. A. Obaliński.

I. O pęknięciu nerki jako wskazaniu do wyjęcia téjże.

Dopiero od czasu jak nieśmiertelnéj sławy chirurg hejdelberski Simon dzięki swéj odwadze i rozwadze wyjął poraz pierwszy i to z dobrym skutkiem nerkę z ciała ludzkiego, zaczęła się rozwijać chirurgija tego organu, do czego w znacznéj części przyczynił się w ostatnich czasach rozwój anti- i aseptyki.

W ciągu dwóch dziesiątków lat odtąd upłynionych moglibyśmy naliczyć kilkaset ogłoszonych przypadków nefrektomii, która z tego powodu uważaną bywa obecnie za typową operacyję, a główne wskazania, dla których ją wykonywamy, znane są następujące: przetoki moczowodowe, nowotwory nerek, kamienie nerkowe, wodonercze, roponercze, grużlica nerek, a w końcu i urazy nerek.

Z tych ostatnich głównie! odznaczają się tutaj urazy otwarte, t. z. połączone z raną zewnętrzną, a to dlatego raz, że rozpoznanie w nich jest daleko łatwiejszem, a powtóre, że wojny dostarczają nam dosyć obfitego materyjału i w tym względzie. Natomiast należą podskórne obrażenia nerek do

wielkich rzadkości, jak o tem świadczy dotychczasowa literatura lekarska, jak zresztą poucza doświadczenie własne każdego z chirurgów. I tak n. p. na przeszło 20.000 chorych chirurgicznych przezemnie postrzeganych w szpitalu św. Łazarza wydarzył się zaledwie jeden przypadek, w którym można było przypuszczać podskórne obrażenie nerki i to jeszcze nie bardzo pewny, jak wszystkie, w których nie było naocznego stwierdzenia stanu rzeczy, czy to przy operacyi, czy też przy nekroskopii.

To też rozporządzając obecnie przypadkiem, w którym o zranieniu nerki naocznie mogłem się przekonać, pospieszam z ogłoszeniem tegoż, a to już z powodu, że przy tak szczupłéj dotychczasowéj literaturze téj kwestyi dotyczącéj każdy, choćby najmniejszy, przyczynek jest nader pożądanym, a wreszcie i dlatego, że niniejszy przypadek odznacza się niezwykłym przebiegiem i zawiera niezwykłą ilość ważnych szczegółów, które według mego przekonania, potrafią zmienić niektóre dotąd panujące przekonania, osobliwie co do zabiegów leczniczych.

Dnia 25 września b. r. zawezwany zostałem do koszar barakowych 1 pułku c. i k. ułanów, znajdujących się o pięć kilometrów od Krakowa we wsi Kobierzynie do obłożnie chorego porucznika hr. A. R. Od dotychczasowych ordynaryjuszów jego, lekarza pułkowego Dra Singera i lekarza porucznika Dra Wernera dowiedziałem się, że pacyjent doznał podczas dojeżdżania remonty w ujeżdżalni w dniu 21 września b. r. przypadku, przyczem wraz z koniem przewrócił się, uderzając prawym bokiem o baryjerę.

Badanie podówczas dokonane wykazało mierny obrzęk w okolicy lędźwiowéj prawéj przy ucisku bolesny, zewnętrznie ani tam ani w okolicy sąsiedniéj żadnych sińców lub t. p. znaków, w głębi w podżebrzu prawem opór znaczniejszy przy dotykaniu, tamże stłumienie łączące się ze stłumieniem wątroby, która zdawała się nieco wypartą ku górze. Mocz był przez pierwsze dwa dni krwawym, trzeciego dnia czystym, czwartego znów nieco krwawym, a w dniu mojego badania czystym. Temperatura ciała nie podniesiona,

tętno dobre między 80—100 na minutę; osłabienie mierne. Wobec tego stanu oświadczyłem się za stłuczeniem nerki prawéj *(contusio renis)* połączonem z mierną wybroczyną w sąsiednią tkankę łączną podotrzewnową, pozostałem przy dotychczasowéj terapii, t. j. absolutny spokój, miejscowo zimne okłady, wewnętrznie chłodzące napoje, dyjeta ścisła, i wyraziłem dobrą nadzieję co do dalszego przebiegu, zastrzegając się tylko co do możności powstania ropnia w miejscu stłuczonem. Ile mi z opowiadania wiadomo, miał się pacyjent przez następne trzy dni wcale dobrze, czwartego, to jest względnie dziewiątego dnia po uderzeniu zauważono powiększanie się obrzęku i większą tegoż bolesność. W dwa dni późniéj byłem poraz wtóry zawezwanym do pacyjenta i podówczas znalazłem stan znacznie zmieniony, a przedewszystkiem w podżebrzu prawem guz wielkości głowy dziecka ograniczony, z głębi wychodzący, do linii pępkowéj sięgający, przy lekkiem obmacywaniu mało, przy silniejszem nieco bolesny, gładki, nieco chełboczący, a na samym szczycie przy ucisku jakby powierzchowne ze słyszalnym szmerem połączone przesuwanie się powietrza wykazujący. Mocz był zupełnie jasny i czysty w mniéj lub więcéj dostatecznéj ilości. Ciepłota prawidłowa.

Na téj podstawie oświadczyłem tym razem stanowczo, że w niniejszym przypadku mamy do czynienia z ciężkiem obrażeniem saméj nerki, że guz powiększający się uważam za gromadzącą się krew, która początkowo dostawała się do pęcherza moczowego, a prawdopodobnie skutkiem zatkania się moczowodu skrzepem obecnie gromadzi się do okoła pękniętéj nerki; że więc stan chorego uważam za bardzo poważny, jakkolwiek na razie jeszcze nie groźny, a w końcu, że uważam za stósowne przeniesienie chorego do jakiego zakładu leczniczego, gdzieby poddanym był ściśléj obserwacyi, gdyż wobec teraźniejszego stanu rzeczy może się nawet okazać potrzeba operacyi, a mianowicie nefro- lub nefrektomii.

Projekt mój został przyjętym przez pp. lekarzy ordynujących, rodzinę pacyjenta i niego samego, przyczem tenże

oświadczył, że pragnie być umieszczonym na moim oddziale w szpitalu św. Łazarza; zanim zaś projekt ten zamieniono w czyn, upłynęło dni dwa, z których skorzystałem celem poinformowania się w dotychczasowéj literaturze podskórnych obrażeń nerki, co tembardziéj było wskazanem wobec faktu, że nietylko ja, lecz wielu ze współczesnych i doświadczonych chirurgów nie mogliby się oprzeć na własnem doświadczeniu.

Materyjału dostarczyły mi trzy piękne rozprawy, a mianowicie Maasa: *Untersuchungen über subcutane Quetschungen und Zerreissungen der Nieren*, umieszczona w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, T. X., z. 1 i 2, daléj Edlera: *Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane*, w *Archiv f. klin. Chirurgie*, T. XXXIV., pag. 173 i nast. a wreszcie Reczeya: *Ueber subcutane Nierenläsionen* (*W. Klinik*, 1888, November-heft). Ograniczyłem się do nich raz z powodu braku czasu, powtóre zaś i przeważnie dlatego, że w nich znalazłem treściwy pogląd na obecny stan téj kwestyi aż po koniec 1888 roku, zestawienie wszystkich dotychczas znanych w literaturze przypadków, a wreszcie własne na zwierzętach w tym celu przedsiębrane doświadczenia.

Z literatury téj wyniosłem pokrótce następujące wiadomości:

1) Że rzeczywiście podskórne obrażenia nerek należą do przypadków nader rzadkich, skoro trzej wymienieni po wyżéj autorowie do roku 1888 nie mogli pomimo skrzętnych poszukiwań odnaleść ich więcéj notowanych w literaturze nad 120.

2) Że obrażenia te należą do bardzo ciężkich wobec tego, że na tych 120 zmarło 67, czyli 55·9%. Jeżeli wyrzucimy ztąd te przypadki, w których obok obrażenia nerki lub nerek były jeszcze inne ciężkie obrażenia organów wewnętrznych, a które również przyczynić się mogły do zejścia śmiertelnego, to pozostanie nam zawsze jeszcze 35% śmiertelności jako dobitny wykładnik ciężkości tych obrażeń.

3) Że niebezpieczeństwo w tych razach głównie zagraża z powodu krwotoku i to albo podotrzewnowego albo

nawet śródotrzewnowego, jeżeli otrzewna doznała również uszkodzenia. Przypadki takie kończyły się zazwyczaj śmiertelnie w kilkudziesięciu, kilkunastu, a nawet w kilku godzinach. Do tych piorunująco, że się tak wyrażę, przebiegających przypadków należą tutaj i te, w których obrażoną została jedyna istniejąca nerka lub też obydwie na raz.

4) Że dalsze niebezpieczeństwo polegało na następstwach ropienia saméj nerki i jéj najbliższéj okolicy, przyczem nieraz przyszło do rozległych zatok, sięgających aż do sąsiednich jam jak: brzusznéj, opłucny i t. p.

5) Że ciężkie przypadki, jeżeli nie skończyły się w krótkim przeciągu czasu śmiertelnie, odznaczały się przeważnie powstaniem obrzęku w okolicy podżebrowéj, powoli się powiększającego, rozlanego lub ściśle ograniczonego, a najczęściéj z rozkładającéj się krwi i moczu złożonego. Przytem przychodzi najczęściéj do podniesienia się temperatury ciała.

6) Że właściwie nie wiemy, jakiego rodzaju i jak rozległemi były stłuczenia i obrażenia nerki tam, gdzie przyszło do dobrowolnego wyleczenia, że jednak wszystkie przypadki cięższe wykazały pęknięcie nerki przeważnie poprzeczne, rzadziéj podłużne i to albo całkowite ze znacznem rozstąpieniem się obu połówek, albo tylko częściowe, daléj przerwanie wnęki lub tylko samego moczowodu, a w końcu zupełne zmiażdżenie nerki tak, że z niéj pozostaje tylko miazga *(detritus)*.

7) Że rozpoznanie podskórnego obrażenia nerki oprzeć możemy na następujących punktach:

a) poprzedzający charakterystyczny uraz (uderzenie się w bok przy spadnięciu z wysokości i to najczęściéj o wystający jakiś twardy przedmiot; uderzenie tamże z wielką siłą, przejechanie przez brzuch i t. p.);

b) wstrząs *(shock)* i wymioty zaraz po urazie;

c) gwałtowny ból w okolicy nerki;

d) moczenie krwawe mniejsze lub znaczniejsze ciągłe lub z przerwami;

e) obrzęk w okolicy nerki;

f) czasem zatrzymanie moczu skutkiem nagromadzenia się skrzepów krwi w pęcherzu lub bezmocz (*anuria*), jeżeli tenże już wyżéj n. p. w moczowodach lub miedniczkach dozna przeszkody w odpływaniu, a bardzo często skąpy mocz (*oliguria*), jako działanie zwrotne na drugą nerkę.

8) Co do terapii znalazłem następujące wskazówki:

a) jeżeli przypady nie są grożne, a choćby nawet i bardzo ciężkie, należy zachowywać się wyczekująco, stosując zimne okłady na miejsce obrażone, dyjetę ścisłą, napoje chłodzące i zalecając przedewszystkiem spokój;

b) w razie przypadów piorunująco groźnych, a pochodzących prawie zawsze od krwotoku wewnętrznego i to tem groźniejszego, jeżeli tenże znajduje ujście do jamy otrzewnowej, należy bez namysłu przystąpić do nefro — a względnie i nefrektomii;

c) groźne te przypady mogą pojawić się i następowo wśród wyczekiwania, a natenczas należy wobec nich zachować się jak pod b);

d) jeżeli wśród terapii wyczekującéj pojawią się przypady świadczące o zropieniu guza okołonerkowego, wtenczas wskazaną jest nefro- lub nefrektomija wtórorzędna;

e) przed przystąpieniem do téj ostatniéj operacyi trzeba nabrać przekonania, że druga nerka istnieje i dobrze funkcyjonuje;

f) do roku 1888 zanotowano w literaturze lekarskiéj dopiero trzy przypadki nefrektomii z poza-podskórnego obrażenia nerki (Rawdon, Arx i Barker), z których tylko ostatni zakończył się pomyślnie.

Studyjum to tembardziéj utwierdziło mnie w przekonaniu, że mam przed sobą ciężkie obrażenie nerki, że jednak wobec niego według dotychczasowych doświadczeń i pojęć należy się zachować wyczekująco, a dopiero na wypadek pojawienia się przypadów rozkładu nagromadzonych do około nerki cieczy i wyniкłéj ztąd gorączki przystąpić do jednéj z powyżéj wymienionych doszczętnych operacyj. Wobec jednakże ciężkości przypadku i wielkiéj odpowiedzialności pragnąłem podzielić się mojemi zapatrywaniami z którym

z doświadczonych kolegów i to chorobami wewnętrznemi się zajmujących, a w tym celu uprosiłem zgodnie z życzeniem chorego i jego rodziny kolegę profesora Pareńskiego.

Narada wspólna odbyła się na dniu 19 października b. r. w gmachu szpitalnym, dokąd pacyjenta przetransportowano dzień przedtem bardzo wygodnie i bezpiecznie za pomocą wozu będącego własnością Towarzystwa czerwonego krzyża, przyczem kol. Pareński w zupełności zgodził się tak na rozpoznanie, jako też i na proponowane przezemnie postępowanie.

Przy téj sposobności dokonane dokładne badanie wykazało stan następujący:

Mężczyzna młody bo w 33 roku życia, wzrostu więcéj niż średniego, dobrze zbudowany i odżywiony okazuje w podżebrzu prawem guz wielkości blisko głowy dorosłego człowieka, wychodzący z głębi brzucha, a więc od kręgów a sięgający na dół aż w pobliżu kolca biodrowego przedn. górn. ku wewnątrz poza liniję białą. Z wątrobą nie połączony, albowiem tu się porusza przy oddechaniu, lecz ją wypiera do góry tak, że jéj brzeg górny dochodzi aż do dolnego brzegu piątego żebra. Guz ten jest gładki, chelboczący, przy lekkim ucisku nie bardzo bolesny, na szczycie podczas ugniatania jakby glugotanie od przelewającego się płynu wykazujący. Od czasu do czasu pojawiają się w nim dobrowolnie bóle. Stan bezgorączkowy, tętno dobre 80 na minutę, anemii niema. W płucach stosunki prawidłowe; o narządzie trawienia zanotować trzeba skłonność do obstypacyi, która w obecnéj chorobie jeszcze się powiększyła. Objętość brzucha mierzona przez szczyt guza wynosi 82 ctm. Mocz oddaje pacyjent łatwo i bez krwi co do ilości między 950 a 1450 k. cm. na dobę, a co do jakości mało odchodzący od normy, gdyż rozbiór wykazał zaledwie ślad białka.

Dalsza obserwacyja kilkodniowa wykazała, że guz się powiększa (obwód brzucha z 82 cm. na 83 cm.), że bóle występują coraz częściéj i silniéj i że pacyjent słabnie jużto z powodu leżenia, jużto z bezsenności i braku łaknienia; to też pomimo, że nisko utrzymująca się temperatura i brak

dreszczów nie przemawiały za rozpoczęciem się ropienia, postanowiłem przystąpić do radykalnéj operacyi.

Na tę zmianę postanowienia dawniejszego wpłynęły nadto jeszcze następujące okoliczności. Przedewszystkiem rozpatrzyłem się w literaturze lekarskiéj najnowszéj, gdyż powyższe zbiorowe prace wyczerpywały rzecz tylko po rok 1888 Otóż w *Centralblt. f. Chirurgie* za rok 1889 znalazłem obszerny referat z pracy Ch. Fengera pod tytułem: *Rupture of the kidney*, umieszczonéj w *Journ. of the Amer. med. assoc.* 1889, która zupełnie odmienne wrażenie na mnie zrobiła, niż wywody teoretyczno-statystyczne poprzednich autorów, a którą tutaj przeto dosłownie według owego referatu przytaczam: „20-letni pacyjent zachorował wśród gwałtownych bólów w okolicy lędźwiowéj prawéj po spadnięciu. Mocz był krwawym blisko przez jeden tydzień, późniéj prawidłowym. Pacyjent chudł i doznawał ciągle bólów w prawéj okolicy lędźwiowéj, gdzie się zwolna tworzył obrzęk. Badanie po roku przedsięwzięte wykazało obrzęk chełboczący i prawie całą prawą połowę brzucha zajmujący. Punkcyją próbną wypuszczono trochę mętnego z ropą pomięszanego moczu. Cięcie lędźwiowe i założenie sączka; mimo tego wychudnienie i gorączka nie ustępują. 12 kwietnia 1888 nefrektomija. W kilka tygodni późniéj śmierć z wycieńczenia i wśród ciężkich przypadów płucnych. Badanie wydobytéj nerki wykazało pęknięcie téjże dzielące ją na większą górną i mniejszą dolną partyję. Ta ostatnia odgraniczyła się była od miedniczki za pomocą tkanki bliznowatéj. Przy sekcyi znaleziono wielką jamę ropną aż po wątrobę sięgającą, ropnie w wątrobie i płucach, otok ropny jamy opłucnowéj prawéj, zkąd przebicie do jednego z grubszych oskrzeli“. Wszakże ten przypadek wydał mi się w pierwszych początkach swego przebiegu zupełnie identycznym z moim, z czego wnosiłem, że i w dalszym przebiegu mogłyby podobne jak w powyższym zajść okoliczności, któreby zdrowie a nawet życie pacyjenta mogły narazić na szwank. Gdy nadto o dzień późniéj wyczytałem w tygodnikach lekarskich wiedeńskich kilka wiadomości, że Hochenegg wykonał z dobrym

skutkiem nefrektomiję z powodu podskórnego pęknięcia nerki, zdecydowałem się stanowczo w niniejszym moim przypadku nie wyczekiwać, tylko odrazu do radykalnéj przystąpić operacyi, a gdy na myśl moją w zupełności zgodził się pacyjent, wykonałem ją w dniu 23 października b. r.

Zanim jednak przystąpiłem do operacyi, musiałem sobie zadać pytanie, którą drogą mam się dostać do nerki? Najprzód należało rozstrzygnąć zasadniczo kwestyję, czy drogą przez jamę brzuszną (*nephrectomia transperitonealis*), czy też przez mięśnie brzuszne (*n. extraperitonealis*).

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że pierwsza droga z powyżéj wymienionych jest łatwiejszą, dla operatora wygodniejszą, dla pacyjenta o tyle przyjemniejszą, że po dokładnem zaszyciu obydwu blaszek otrzewny wszystko powinno się goić *p. primam*; nie mogę jednak powiedzieć, żeby ona była zawsze pewniejszą a mianowicie tam, gdzie z góry jest nam wiadomem, że natrafimy na części nieczyste, mogące jamę otrzewny zakazić, jakiemi tu być mogą ropa i rozkładający się mocz. Druga droga jest żmudną dla operatora, wymaga bowiem powolnego operowania według warstw anatomicznych, przykrzejszą dla operowanego dla częstszych opatrunków i możliwego ropienia następowego, lecz pewniejszą o tyle, że nie otwieramy przy tem jamy otrzewnowéj, przezco szanse zakażenia znacznie się zmniejszają. To też w niniejszym przypadku postanowiłem wobec przypuszczenia, że mamy zatrzymany mocz i krew i że rozkład tychże się już musiał rozpocząć, pójść tą ostatnią drogą. Wprawdzie ciągnęły mię dwie okoliczności do obrania drogi przez otrzewnę, a mianowicie wiadomość o skutecznéj, a drogą laparotomii dokonanéj nefrektomii przez H o c h e n e g g a i uwaga podana przez M a a s a (l. c.), że wydarzy się szereg przypadków pęknięcia nerki, w których niepodobna będzie podwiązać krwawiące naczynia nerkowe za pomocą cięcia lędźwiowego podanego przez S i m o n a. Co do pierwszéj jednak to nie było powiedzianem w owem krótkiem doniesieniu, czy to był przypadek świeży i wymagający nagłéj pomocy, czy też jak mój przechodzący w okres chroniczny; w pierwszym bo-

wiem razie przemawiałbym za laparotomiją, jako za operacyją, dającą się prędzéj wykonać, w drugim zaś za nefrektomiją zaotrzewnową. Co zaś do uwagi Maasa, to nie obawiałem się téj ewentualności dlatego, że obierając drogę operacyi pozaotrzewnowéj, postanowiłem iść za radą Bardenheuera [1]), który podaje bardzo obszerne i wygodne cięcia nerkowe, przez niego także zwane cięciem wrotowem *(der einfache und der doppelte Thürflügelschnitt)*, za pomocą którego dostać się można do wielu organów śród- lub pozaotrzewnowych, a więc też i nerki, bardzo łatwo i wygodnie, a o któregoto cięcia zaletach miałem już niejednokrotnie sposobność przekonania się już to przy nefrotomijach, już też przy głębokich ropniach zaotrzewnowych.

Pozostało mi jeszcze przed przystąpieniem do operacyi zapewnić się, że druga nerka istnieje, a jeżeli, to przekonać się, czy znajduje się w prawidłowym stanie. Z dotychczasowego opisu i rozumowania wynika loiczne przypuszczenie, że mocz nerki prawéj gromadził się między tkankami do około nerki, że więc mocz, który pacyjent drogą naturalną oddawał, pochodził z nerki lewéj, a że mocz ten miał skład prawie od prawidła nie odchodzący, gdyż ledwie spostrzegalny ślad białka nie stanowi jeszcze nieprawidłowości, przeto przystępowałem do operacyi zupełnie z spokojnem sumieniem.

Dnia 23 października r. z. wykonałem w głębokiéj narkozie chloroformowéj operacyję w sposób następujący: od końca 11 żebra poprowadziłem prostopadłe cięcie ku grzebieniowi kości biodrowéj przez skórę i wszystkie trzy warstwy mięśniowe, dopóki nie dotarłem do powięzi poprzecznéj. Ta ostatnia była w niniejszym przypadku z otrzewną ściśle złączona, prawdopodobnie wskutek rozprężania tych części przez rosnący z głębi guz nerkowy, gdyż w chwili, gdy zamierzyłem powięź rozciąć na sondzie rówkowéj, aby dostać się do załamka otrzewny, otworzyłem zarazem i tę ostatnią, co jednak w niczem dalszemu zamierzonemu postępowaniu nie przeszkodziło, zaszyłem bowiem otrzewnę szczelnie, odszukałem jéj załamek, oddzieliłem od wyczuwanego w głębi

---

[1]) *Der extraperitoneale Explorativschnitt.*

rany guza, a następnie idąc za radą B a r d e n h e u e r a przeciąłem odrazu mocnemi nożycami wszystkie warstwy aż do otrzewny w dwu kierunkach, na jakie 10 ctm., to jest od górnego końca rany wzdłuż łuku żebrowego ku wewnątrz i górze — i od dolnego końca rany ku wewnątrz i dołowi; przez co otrzymałem płat skórno mięsny, dający się ku linii środkowéj odchylić. Już przez to odsłoniłem ścianę guza dostatecznie, aby go zaś jeszcze lepiéj uwidocznić i sobie późniejsze manipulacyje w głębi ułatwić, dodałem jeszcze jedno cięcie Bardenheuerowskie od dolnego końca głównéj rany ku tyłowi, poczem cały boczny odcinek guza stał się widocznym i dozwolił nam stwierdzić, że ściana jego jest zbita, sino przeświecająca, a przy dotyku chełbocze. Za pomocą strzykawki Pravaza wydobyłem zupełnie czysty, jasno żółty płyn, który po wyjęciu igiełki ciągle kroplami się sączył w dowód wielkiego parcia płynu wśród tego guza tak, że zmuszony byłem otworek ten zamknąć na chwilę szczypczykami hemostatycznemi. Po rozpatrzeniu się w sytuacyi i dokładnem zatamowaniu krwotoku przeciąłem ową przeświecającą ścianę guza, z którego wypłynęło silnym strumieniem około dwóch litrów moczu z początku zupełnie jasnego, przy końcu jakby osad moczanów okazującego, a wreszcie w samym spodzie téj jamy znalazłem garść skrzepów krwi dobrze już przeistoczonych, szarych. Po wypłukaniu wnętrza téj jamy roczczynem kw. borowego 3% wyczułem wprowadzoną w głąb jamy ręką nerkę poprzecznie na dwie nierówne części pękniętą przez całą swą grubość tak, że rozstęp między niemi co najmniéj 2 cm. wynosił. Badając daléj wnętrze owéj jamy przekonałem się, że wewnętrzna jéj powierzchnia jest wyścielona jakby blaszką gładką, ślizką, która w pobliżu nerki przechodzi w jéj powłoki zewnętrzne zlewając się w jednę całość z jéj wnęką. Sączenia krwi z przepołowionéj nerki nie spostrzegłem wcale; dopiero gdy przy badaniu dolnego odcinka téjże samą istotę nerkową palcem odłuszczyłem od jéj torebki właściwéj czyli włóknistéj, zdaje się skutkiem przesiąknięcia krwią i lekkiego odczynu nieco zmienionéj, i gdy tę część nerki starałem się ku sobie pociągnąć, powstał dosyć znaczny krwotok skutkiem urwania się tego kawałka nerki w saméj wnęce. Tu się pokazała wielka korzyść wrotowego cięcia Bardenheuerowskiego, albowiem przystęp do wnętrza jamy był tak dogodnym, że naprzeciw mnie stojący główny asystent Dr. Podgórski mógł dogodnie krwawiące naczynie uchwycić palcami. poczem ująłem całą pozostałą dolną część torebki w mocne kleszczyki hemostatyczne

i po za nią nałożyłem przewiązkę. To samo uczyniłem i w górnéj połowie, do któréj właściwe naczynia nerkowe dochodziły, z tą tylko różnicą, iż tutaj odłuszczyłem torebkę włóknistą nieco ściśléj złączoną ze ścianą owéj jamy i podwiązałem samą z niéj ogołoconą wnękę. Tak więc wydobyłem z osobna każdą część nerki, po których zestawieniu pokazało się, że pęknięcie drążyło przez całą grubość nerki i przez jéj miedniczkę do wnęki tak, iż w dole była jedna trzecia część jéj istoty wraz z częścią miedniczki i gałązką tętniczą odchodzącą od głównéj tętnicy nerkowéj; w górze zaś mieliśmy dwie trzecie istoty nerkowéj, przeważną część miedniczki z moczowodem i główne naczynia nerkowe.

Na zakończenie operacyi wystrzykano jamę jeszcze raz wodą karbolową i borową, wytamponowano gazą jodoformową, obok któréj wyprowadzono przewiązkę od głównéj tętnicy nerkowéj i szczelnie zaszyto ranę zewnętrzną, zostawiając po środku otwór na dwa palce objętości, którym wyprowadzono końce tamponów z gazy jodoformowéj.

Operacyja trwała 160 minut; czystego chloroformu zużyto do uśpienia 10 gramów, odtąd zaś do końca operacyi 55 gramów. Podczas operacyi wymiotował pacyjent raz jeden.

Przebieg po operacyi był następujący:

23/10 zaraz po operacyi albo raczéj przy jéj końcu chory zapadł na siłach tak, że zamiast chloroformu podawano podczas szycia rany eter siarczany do wdechiwania (4 gm.), również zastrzyknięto pod skórę eter z kokainą (2 cg.). Stan ten trwał przez trzy godziny pomimo, że chory się obudził i rozmawiał. Przy podawaniu czarnéj kawy z koniakiem, wina, ogrzewaniu ciała itp. udało się podnieść siły, tętno i temperaturę ciała do 36·5. W nocy spał z przerwami skarżąc się na ból gniotący w prawym boku.

24/10 r. 37·1, w. 38. Moczu oddał w pierwszych 24 godzinach 450 kcm., a w nim mocznika 10·95 gm. Polecono pić dużo płynów. Na noc wstrzyknięcie morf.;

25/10 r. 37·4, w. 37·5. Moczu 900 kcm., a w nim mocznika 30·58 gm. Bóle w boku mniejsze, skarży się na uporczywy kaszel;

26/10 r. 37·5, w. 37·6. Moczu 980 kcm.;

28/10 r. 37·4, w. 37·7. Moczu 1130 kcm., skarży się na kłucie w prawym boku; stwierdzono z tyłu w dole po prawéj stłumienie i oddech oskrzelowy;

28/10 moczu 1400. Kłucie w boku mniejsze. *Ol. Ricini;*

29/10 moczu 1800. Stolce kilkakrotne. Pierwszy opatrunek, który był miernie przesiąknięty.

Znaczna ulga po usunięciu tamponów z gazy jodoformowéj; odtąd kłucie ustało.

Odtąd opatrunki zmieniano co 2 lub 3 dzień, rana bowiem cała *p. primam* zgojona tylko w samym środku otwór, wypełniony gazą jodoformową. Bólów prawie żadnych; ruchy coraz swobodniejsze. Moczu średnio 1200 kcm. na dobę, tylko przez kilka dni zmniejszyła się jego ilość na 500 do 600 z powodu rozwolnienia. Najwięcéj trapiła chorego z początku bezsenność, przeciw któréj używaliśmy z początku morfiny, późniéj zaś sulfonalu. Temperatura ciała prawidłowa, podnosiła się tylko wyjątkowo, jeżeli ropa w głębi się zatrzymała. Powoli powracał apetyt, a wskutku tego i siły. W 4 tygodnie po operacyi zaczął chory siadać na fotelu, późniéj zwolna się przechadzać, a w niespełna dwa miesiące po operacyi opuścił zakład jako zupełnie wyleczony.

Spokojne i dokładne rozważenie niniejszego przypadku nasuwa nam następujące uwagi:

1) Co do rozpoznania. Operacyja stwierdziła, że rozpoznanie pęknięcia nerki było słusznem, że zatem opieranie się na takich przypadach, jak *shock* zaraz po wypadku, ból w okolicy nerki, krwawe moczenie, a głównie obrzęk w okolicy nerki zwolna, lecz ciagle wzrastający jest usprawiedliwionem.

2) Punkcyja próbna guza powstałego wśród jamy brzusznéj dokonana w czasie operacyi pociągnęła za sobą ciągłe sączenie się płynu, z czego wynika, że taka punkcyja próbna, wykonana w celach dyjagnostycznych przez skórę, chociażby i tak cienką igiełką jak Pravaza, mogłaby się stać przyczyną zaburzeń w dotychczasowym przebiegu choroby i uczynić wątpliwym wynik późniéj przedsięwziąść się mającéj operacyi. Jeżeliby się już konieczną okazała taka punkcyja, to radziłbym wykonać ją za pomocą przyrządu Dieulafoy lub Potaina tak, żeby nietylko otrzymać płyn, lecz znieść zarazem jego napięcie śród nowowytworzonéj torby, a to tembardziéj, że postępowanie to mogłoby w pewnych przypadkach mieć doniosłość pod względem rozpoznawczym. W statystyce Reczeya (l. c.) mamy bo-

wiem zanotowany jeden (3) przypadek, w którym lekarz wyciągnął w 2 miesiące po urazie z guza w okolicy nerek powstałego około 2000 kcm. jasnego płynu, poczem nastąpiło wyleczenie, ile że płyn więcéj nie powrócił, tylko pozostały bóle w boku, które utrzymywały się jeszcze po 3 latach (Obs. Delabort). Jakiéj więc doniosłości był uraz w tym przypadku, ocenić nie możemy, prawdopodobnie mniejszéj, gdyż byłby się płyn znów uzbierał, gdyby obrażenie było tego stopnia, jak w moim obecnym przypadku. W każdym razie możnaby w lżejszych przypadkach w ten sposób chorobę usunąć, w tych zaś, w których przyszłoby do ponownego zebrania się płynu w guzie, mielibyśmy dowód cięższego urazu, wymagającego doszczętniejszego postępowania.

3) Okoliczność, że tak ciężki uraz nerki, jak jéj przedarcie na wskróś, nie pociągnęło za sobą ani tak znacznego moczenia krwią, ani też zebrania się większéj ilości krwi do okoła nerki, wyjaśniają nam stosunki znalezione przy operacyi, a mianowicie wytworzenie się torby o ścianach cienkich, lecz zbitych, sięgającéj aż do wnęki nerkowéj, tak że przepołowiona nerka była torbą tą objęta. Mocz zbierający się w niéj, znajdował się przeto pod wielkiem parciem i uciskał na moczowód, jakoteż i na naczynia krwionośne, skutkiem czego przyszło do powstrzymania odpływu moczu z téj nerki do pęcherza, jakoteż i do zatamowania się miejsc broczących.

4) Rozpatrzywszy się w stosunkach, znalezionych podczas operacyi, przyszedłem do przekonania, że torba ta utworzoną być mogła tylko przez torebkę nerki zewnętrzną czyli tłuszczową (*capsula adiposa*); aby jednak mieć pod tym względem pewność, udałem się do mego niegdyś kochanego nauczyciela, a obecnie szanownego kolegi i przyjaciela prof. Teichmanna z prośbą, aby mi stosunek téjże torebki do nerki wyjaśnić raczył. Bardzo prostym sposobem, bo nastrzyknięciem zabarwionéj masy klejowéj w siatkowate przestwory owéj torebki wykazał on mi, że z wolna dostający się płyn gromadzi się w owych przestworach, zbijając oka jéj siatki coraz gęściéj, tak że masa daje się w zupełności

utrzymać, przyczem z niéj i z owéj siatki tworzy się zbita warstwa. Jeżeli to otrzymać można w nerce wziętéj z trupa, o ileż łatwiéj wytworzą się te stosunki w tkaninie żywéj, w któréj okach osiędą skrzepy krwi wynaczynionéj. Niech mi wolno będzie na tem miejscu prof. T e i c h m a n n o w i, jakoteż jego asystentowi Drowi K a r p i ń s k i e m u za trud przez nich dla mnie podjęty wyrazić słowa najgłębszéj wdzięczności.

5) Oprócz tych dopiero co opisanych, a według mego zapatrywania dla pacyjenta korzystnych stosunków, powstać mogą skutkiem urazu nerki wewnętrznego czyli podskórnego i inne następstwa o wiele na razie niebezpieczniejsze niż poprzednie. Jeżeli bowiem nietylko sama nerka ze swoją torebką właściwą pęknie, lecz także i torebka tłuszczowa, natenczas krew i mocz rozsuwają tkankę łączną niczem nie powstrzymywane i stają się przyczyną z jednéj strony groźnéj niedokrewności, z drugiéj zaś złośliwych zapaleń tkanki łącznéj w pobliżu ważnych organów. Jeszcze groźniejszem będzie niebezpieczeństwo w razie równoczesnego pęknięcia otrzewny ściennéj do nerki przylegającéj.

6) Powyżéj wyłuszczyłem, dla jakich powodów przystąpiłem do nefrektomii i wnosząc *a posteriori* to jest z tego co przy operacyi znalazłem, operacyja ta była tutaj zupełnie wskazaną. Na przyszłość postąpiłbym inaczéj w podobnym przypadku, to jest takim, gdzie po skonstatowanym urazie w okolicę nerkową, chwilowem moczeniu krwawem i bólu tamże, wytwarza się zwolna obrzęk chełboczący; a mianowicie przedewszystkiem wypompowałbym z owego guza mocz dokładnie za pomocą przyrządu Potaina lub t. p., a dopiero przystąpiłbym do doszczętnéj operacyi, gdyby pomimo tego guz zaczął się powiększać poraz wtóry. Chociaż jestem przekonany, że punkcyja taka pomoże tylko w wyjątkowych przypadkach, nie należy nią pogardzać jako manipulacyją bardzo prostą, niebolesną, a przedewszystkiem z niebezpieczeństwem nie połączoną. Na jedną okoliczność tylko zwrócę uwagę, że guz ten rosnąc podnosi, czy to na prawéj, czy na lewéj stronie zagięcia kiszkowe (*colon ascendens v. descen-*

dens), trzeba przeto przy nakłóciu tego guza starannie obierać miejsce z boku i ku tyłowi, aby nie obrazić otrzewny, a tembardziéj kiszki. Nadto trzeba być przygotowanym, że pomimo nie wzrastania powtórnego tegoż guza mogą się w tem miejscu utrzymywać bóle, jakto było w przypadku Delaborta (l. c.) lub nawet się powiększać i stać się przyczyną następowéj operacyi, coby sobie można wyjaśnić tem, że pozostały na miejscu skrzepy i resztki moczu i to osadu, które mogłyby dać powód do utworzenia się kamienia.

Stanowczo nie zgadzam się ze zdaniem Maasa i Reczeya, którzy twierdzą, że w tych chronicznych przypadkach, jak nasz obecny, gdzie więc guz w okolicy nerek tworzy się zwolna, należy operować dopiero wtenczas, gdy wystąpią niezbite objawy zropienia treści tegoż guza, a zdanie to swoje mogę poprzeć nie tylko przytoczonym powyżéj przypadkiem Fengera nie objętym ich statystyką, lecz także całym szeregiem przypadków wyjętych z ich statystyki. I tak z przypadków zestawionych przez Maasa można tu przytoczyć przypadki pod następującemi liczbami porządkowemi umieszczone: 23, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 50, 51, 55 i 56. Do téj saméj kategoryi należy zaliczyć przypadki zamieszczone w dodatkowéj statystyce Reczeya pod Nr. 13, 20, 21, 25, 30, 43 oraz jego własny przypadek tamże opisany (l. c.).

Nie chcąc powtarzać tego, co oni już przedłożyli, nie opisuję szczegółowo tych przypadków, podaję jednak dokładne źródło, z którego każdy sprawą tą się interesujący może się przekonać, że we wszystkich tych przypadkach po kilkunastu, kilkudziesięciu lub i więcéj dniach nastąpiła śmierć, że sekcyja wykazała pęknięcie lub zmiażdżenie nerki, że daléj we wszystkich znajdujemy wzmiankę o obrzęku w okolicy nerki nadwerężonéj, że w końcu najczęściéj śmierć następowała w krótkim czasie po wystąpieniu przypadów zapalnych. Z tego wynika, że operacyja doszczętna, robiona dopiero wtenczas, kiedy te objawy się pokażą, będzie najczęściéj pomocą spóźnioną i nie potrafi już usunąć grożącego

niebezpieczeństwa; dlatego też ja w swoim przypadku przystąpiłem wcześniéj do operacyi i radzę tak czynić we wszystkich przypadkach, w których znajdziemy racyjonalne przypady przemawiające za pęknięciem nerki.

Jeżeli w tych chronicznych przypadkach można się jeszcze sprzeczać o porę, w któréj przystąpić należy do operacyi, to w przypadkach z przebiegiem nagłym, których opisy mamy podane w powyższych statystykach całemi szeregami, a które kończyły się śmiercią w kilkunastu lub kilkudziesięciu godzinach a przeważnie odznaczały się obok krwawego moczenia bardzo znaczną niedokrewnością, nie powinniśmy tracić czasu na debatach i namysłach, lecz jak najprędzéj przystąpić w imię pięknéj dewizy chirurgicznéj „*in certis fortiter*“ do operacyi, celem zapobieżenia śmiertelnemu krwotokowi.

7) Na podstawie własnéj obserwacyi nie mam powodu odstąpić od zasad wypowiedzianych powyżéj, gdy była mowa o wyborze metody operacyjnéj t. j. że w nagłych przypadkach należy obrać drogę krótszą, a więc i szybciéj wykonać się dającą t. j. przez laparatomiję (*nephrectomia transperitonealis*), a to tembardziéj, że tutaj z powodu świeżości przypadku nie ma jeszcze tak znacznéj obawy zakażenia otrzewny, a powtóre i dlatego, że ta ostatnia nie rzadko doznaje także obrażenia; idąc zatem tą drogą możemy jamę brzuszną oczyścić i pękniętą otrzewnę zaszyć.

W przypadkach późniéj operowanych, gdzie wyczuwamy w głębi duży guz, lub wcale już w takich, gdzie znaczny odczyn miejscowy i ogólny świadczy o ropieniu lub nawet posoczeniu odbywającem się we wnętrzu tego guza, lepiéj jest trzymać się metod zaotrzewnowych, których mamy w literaturze podanych cały szereg, a z których ja polecam jako wygodną i przystęp do wnętrza ułatwiającą metodę B a r d e n h e u e r a.

8) Nefrektomij z powodu podskórnego obrażenia nerki było dotąd w literaturze notowanych przypadków cztery: A r x a, R a w d o n a, F e n g e r a i B a r k e r a, z tych tylko

ostatni z pomyślnym skutkiem. Do tych przybywają dwa pomyślne: Hochenegga i mój.[1])

Jeżeli ja na podstawie jednego przypadku pozwalam sobie czynić jakieś ogólne wnioski, to usprawiedliwia mnie przedewszystkiem ta okoliczność, o któréj zaraz na wstępie wspominałem t. j. że przypadki te należą do rzadkich, że więc dotychczasowe wnioski czynione były z małéj liczby przypadków i to przeważnie na podstawie protokółów sekcyjnych. W obec małéj liczby tych przypadków mało było sposobności do operacyj doszczętnych; aby więc do dalszych w tym względzie doświadczeń kolegów zachęcić, pospieszyłem z opisem choćby pojedynczego przypadku, a to tembardziéj, że starałem się wyzyskać go tak pod względem dyjagnostycznym jak i terapeutycznym.

„*Non numerandac, sed ponderandae sunt observationes*“.

II. Ropień przynerkowy — cięcie wrotowe podwójne — wyleczenie.

Nie ważyłbym się nawet na tem miejscu wspominać o tego rodzaju przypadku, gdyby nie szczególny interes jaki on przebiegiem swoim budzi.

Jak wiadomo ropniem przynerkowym nazywamy ropienie, które szerzy się w okach i przestworach torebki tłuszczowéj nerki i czasem ztąd przechodzi na tkankę łączną podotrzewnową tak, iż ztąd przebić się może do sąsiednich jam ciała.

Ropnie te znane pod mianem „*abscessus paranephriticus*“ są albo idyjopatyczne, albo biorą swój początek w urazie albo też są ciągiem dalszym sprawy toczącéj się w saméj nerce. W pierwszych dwóch razach zbliża się najczęściéj ognisko ropne do skóry, przychodzi do przecięcia i sprawa

---

[1]) Już po napisaniu niniejszéj rozprawki, dowiaduję się z 49 Nru Gazety Lekarskiéj, że prof. Kosiński wykonał z pomyślnym skutkiem nefrektomiją z powodu pęknięcia nerki.

cała kończy się wygojeniem szybszem lub powolniejszem. Nawet i trzeciéj kategoryi ropnie przynerkowe niekiedy tym torem idą; najczęściéj jednak stawiają one znaczny opór wszelkim środkom ściągającym, antyseptycznym i drenom, nie goją się a nadto odznaczają wielką obfitością cuchnącéj ropy, która w jedną i drugą stronę t. j. przez ranę zewnętrzną i przez moczowód ujście sobie znajduje.

Jak sobie w podobnym przypadku postąpiłem, wyjaśni następująca krótka historyja choroby.

J. P., lat 47 liczący, woźny z Dąbrowy, przybył na oddział d. 1/9 1888 twierdząc, że od 2 miesięcy doznaje bólu w lewéj okolicy lędźwiowéj, gdzie przed miesiącem zaczął mu się tworzyć wśród dreszczów i znacznéj gorączki guz bardzo bolesny. Opierając się na tem, że pac. oddawał mocz z osadem ropiastym, musiałem guz ten uważać za ropień przynerkowy, który wziął początek z ropnia okołonerkowego a własciwie z roponercza. Celem ulżenia choremu w jego cierpieniach a ewentualnie nawet i radykalnego wyleczenia, wykonałem cięcie lędźwiowe według S i m o n a, przyczem natrafiono na ropień jakby z dwu komor złożony tak, że po wypuszczeniu ropy z pierwszéj, trzeba było jeszcze naciąć w głębi przegrodę, poczem dopiero druga połowa ropy swobodnie mogła odpłynąć. Mimo pilnego i starannego opatrunku i przestrzykiwania rany nie chciała się ona goić, a ropa odpływała w obfitéj ilości tak przez nią jakoteż i z moczem. Skutkiem tego zdecydowałem się na wyjęcie nerki zropiałéj, lecz gdy choremu zamiar mój oświadczyłem, nie zgodził się na to i opuścił zakład po przeszło dwumiesięcznym pobycie.

W półtora roku późniéj (kwiecień 1890) zgłosił on się do mnie po raz wtóry, lecz w stanie bardzo rozpaczliwym, chudy, wynędzniały, z raną nie tylko nie zagojoną, lecz wydzielającą w wielkiéj ilości ciecz nader cuchnącą, posokowatą. Mocz kwaśny wykazuje w osadzie obok zwiększonej ilości śluzu, ciałka ropy pojedynczo w małéj ilości i ciałka krwi czerwone dosyć częste. Tym razem zgadzał się pacyjent na wszystko, więc w dniu 6/5 1890 przystąpiłem do

operacyi. Za pomocą cięcia dwuwrotowego podług Bardenheuera dostałem się do otrzewny, którą z powodu bliznowatego przeistoczenia téj okolicy trudno mogłem rozpoznać, jakoteż ją odsunąć, chociaż w końcu dostałem się pod nią do jakiegoś chełboczącego i z góry na dół dłuższą swą osią położonego guza, po którego nacięciu wypłynęło z litr takiéj saméj smrodliwéj i mętnéj cieczy jak ta, która dotąd przetoką na zewnątrz się wydobywała. Czy jama ta komunikuje z nerką, lub czy też jedna jéj część utworzona jest przez nerkę, tego nie mogłem ocenić z powodu głębokiego położenia téj jamy, jakoteż z powodu zbitości i niepodatności ścian ją otaczających. Przednie odnogi cięcia zespojono szwami dokładnie, tylne zostawiono nie zespojone a to celem ułatwienia dokładnéj tamponady gazą jodoformową. Odtąd postępowało gojenie bardzo raźnie, odpływ oczyścił się od razu a ilość jego zmniejszała się z każdym dniem tak, że pacyjent mógł po sześciu tygodniach opuścić zakład jako zupełnie wyleczony. Ponieważ i mocz zupełnie się oczyścił, przeto przypuścić należy, że i zmiany w nerce również ustąpić musiały.

III. Kamień nerkowy; przetoka moczowodowa; zropienie tkanki łącznéj zaotrzewnowéj; nefrektomija; zejście śmiertelne.

W. M., ksiądz, lat 33, liczący, przybył na oddział dnia 31/5 1890. Z opowiadania dowiadujemy się, że przed dwoma laty zachorował nagle śród bólu w boku lewym tak gwałtownego, iż prawie od zmysłów odchodził, a które dopiero po wstrzyknięciu podskórnem morfiny się zmniejszyły, że odtąd zaczął się tamże tworzyć guz bolesny, który po kilku tygodniach lekarz przeciął, poczem wprawdzie nastąpiła znaczna ulga, lecz wyrobiła się przetoka moczowa. Pacyjent skonstruował sobie sam bardzo zmyślny pasek, za pomocą którego zbierał się mocz z przetoki w przeznaczonem na to naczyniu; mimo tego pragnął pozbyć się téj przykréj choroby i w r. 1889 zgłosił się do mnie o poradę. Nakłaniałem go wówczas do nefrektomii jako jedynie racyjonalnéj terapii

a to tembardziéj, że mieliśmy w obfitym i prawidłowo wyglądającym moczu, który w pęcherzu się gromadził, dowód istnienia i należytego funkcyjonowania drugiéj nerki. Pacyjent nie zgodził się na razie na to, odkładając operacyję do późniejszego czasu.

W rok późniéj zapadł znowu ciężéj wśród dreszczów i gorączki, a gdy po tygodniowem trwaniu choroba zamiast zwalniać tylko się jeszcze wzmagała, przywieziono go na mój oddział w następującym stanie: Wychudnienie i osłabienie znaczne, leży na łóżku prawie bezwładnie, bo każdy ruch sprowadza gwałtowne bóle w kończynie dolnéj lewéj, zagiętéj w stawie biodrowym i kolanowym. Dokoła przetoki moczowéj w okolicy lędźwiowéj lewéj obrzęk znaczny przy ucisku bolesny, również można wykazać w głębi brzucha po stronie lewéj obrzęk twardy, bolesny, rozlany. Udo lewe grubsze niż prawe, ucisk na krętarz nie bolesny, jakkolwiek częsci miękkie do około niego przy ucisku bolesne i jakby chełbotanie głębokie wykazujące. Temperatura ciała waha w ciągu dnia między 37·5° a 39·7° C. Z przypadów powyższych rozpoznałem zapalenie tkanki łącznéj zaotrzewnowéj, skutkiem zacieku moczowego i postanowiłem rozszerzaniu się jego zapobiedz cięciem, które wykonałem w dniu 2/6 1890 w narkozie chloroformowéj. Przedewszystkiem naciąłem części miękkie głęboko poza krętarzem dużym lewym, lecz nie znalazłszy tam żadnego nacieku, ranę zaszyłem i przystąpiłem do odsłonięcia otrzewny za pomocą cięcia nadpachwinowego, po któréj odsunięciu odsłoniłem mięsień lędźwiowy i w głąb go naciąłem, lecz gdy i tutaj żadnéj ropy nie znalazłem, wytamponowałem jamę gazą jodoformową. Dodać należy, że w narkozie dała się wyprostować kończyna dolna lewa. Skutek więc téj operacyi nie mógł być żaden, dlatego też ani chory nie doznał ulgi, ani nie opadła temperatura ciała, nadto pojawiły się bardzo silne bóle w kończynie wyprostowanéj. Gdy po kilku dniach przy zmianie opatrunku pokazało się kilka kropel ropy z moczem zmięszanéj w głębi rany po nad więzadłem Pouparta, zachloroformowałem chorego powtórnie a rozszerzywszy i pogłębiwszy nieco

ranę, dotarłem tym razem do ogniska ropy, któréj wypuściłem kilkaset grm. Odtąd bóle się zmniejszyły, temperatura ciała opadła, rany niektóre pogoiły się *p. primam*, inne zaczęły się wypełniać ziarniną, chory odzyskał apetyt, a w skutek tego i siły tak, że po dwóch miesiącach zaczął się podnosić z łóżka, przyczem mu przeszkodą była kończyna lewa dolna, która chociaż już nie bolesna, okazała się pozornie krótszą, jako następstwo podniesienia miednicy po téj stronie. Natomiast wytworzyły się obecnie dwie przetoki moczowe, jedna dawniejsza w okolicy lędźwiowéj, a druga tuż po nad więzadłem Pouparta; obydwie razem wydzielały moczu nie więcéj niż 300—400 kcm., co jednak wystarczyło, żeby nim przesiąknął nietylko opatrunek, lecz i pościel a względnie suknie. Drogą pęcherzową, a więc z drugiéj nerki wydzielało się średnio na dobę 1400—1500 kcm. z nader małym śladzikiem białka i skromnym rozsypistym osadem.

Na téj podstawie oświadczyłem pacyjentowi, że i teraz nie pozostaje do usunięcia tego przykrego stanu nic innego, jak usunięcie nerki, co jednak obecnie dokonanem być może w warunkach o wiele gorszych niż by to miało miejsce przed rokiem, a gdy pacyjent na wszystko się zgadzał, przystąpiłem dnia 27 września 1890 do operacyi.

Rozważywszy sobie, że przy poprzednich zaotrzewnowych operacyjach natrafiałem na bardzo zmienione stosunki anatomiczne, daléj, że obecnie one jeszcze bardziéj zmienić się musiały skutkiem obfitego i długotrwałego ropienia i przetok, postanowiłem tym razem dotrzeć do nerki inną drogą, t. j. od przedniéj strony brzucha. Operacyja ta jest o wiele prostszą i łatwiejszą, tylko że w niniejszym przypadku dotarła destrukcyja aż do saméj otrzewny, tak że ona z trudnością odjąć się dała z przedniéj powierzchni nerki; ta zaś dała się wydobyć dobrze, chociaż przy użyciu niejakiéj siły, właśnie z powodu nadmiernego wytworzenia się bliznowatych tkanin. Najciekawszym objawem było to, że przy ciągnięciu nerki przerwała się jéj wnęka, a mimo to nie było krwotoku co nam było jasnem dopiero po obejrzeniu wyjętéj

nerki: przekroiwszy ją bowiem podłużnie przekonaliśmy się, że osłony jéj zamieniły się na powłokę zbitą, twardą, grubości przynajmniéj 1 ctm., skutkiem czego sama nerka zmniejszyła się o połowę, z czego wynika, że organ ten pozostając tak długi czas pod wpływem drażnienia od zewnątrz, chronił się pancerzem ze zbitéj tkanki łącznéj na koszt własnéj istoty; w następstwie zaś ucisku przez zbitą tę tkankę łączną przyszło nawet do zdławienia głównych naczyń nerkowych. Daléj pouczyły mnie oględziny téj nerki, że nie ma w niéj nigdzie ubytku ani w jéj istocie ani też w jéj miedniczce, tylko w jednym z kielichów tkwił kamyczek wielkości grochu w dowód, że przetoka moczowa znajdująca się gdzieś niżéj w moczowodzie wywołaną została najprawdopodobniéj przez uwięzgły w nim kamień nerkowy.

W obec tego, że potargana a przytem niepodatna (z powodu bliznowatych przetok pod nią się znajdujących) otrzewna nie dała się dokładnie zespoić, wytamponowałem całe łożysko gazą jodoformową, któréj koniec przez rozszerzoną poprzednio przetokę lędźwiową wyprowadziłem a w końcu ranę w poprzedniéj ścianie brzusznéj jak zwykle zaszyłem.

Po operacyi był zapad znaczny, lecz po wstrzyknięciu eteru pod skórę i podaniu wina ustąpił. Późniéj dokuczały choremu częste wymioty. Ciepłota ciała nie podniosła się: bóle były mierne, moczu oddał w pierwszych 24 godzinach po operacyi około 500 kcm. Na drugi dzień czuł się silniejszym, lecz popołudniu wystąpił znów silny zapad sił, wśród którego życie zakończył. Sekcyi nie robiono, przeto tylko na domysł twierdzę, że przyczyną śmierci była *peritonitis septica.*

IV. Roponercze wywołane kamieniem w miedniczce nerki wędrującéj. Nefrektomija; wyleczenie.

M. B., lat 24 licząca, służąca, przybyła dnia 17/11 1890 na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza z wielkiemi bólami pochodzącemi od obrzęku w prawem podżebrzu położonego i podała nam następujące szczegóły o początkach

téj choroby: W lipcu b. r. miał powstać po raz pierwszy ból po prawéj stronie brzucha, trwał w jednakiem silnem natężeniu przez dobę i sam dobrowolnie ustąpił; wymioty, które mu także towarzyszyły, ustąpiły również po kilku dniach przy spokojnem leżeniu i środkach czyszczących. Drugi podobny napad miał miejsce w sierpniu a do powyższych przypadów miała się przyłączyć jeszcze i żółtaczka. Trzeci w połowie września, przez październik i pół listopada czuła się względnie zdrową, a obecny napad trwa od 24 godzin t. j. od 16 listopada b. r.

Blondynka ze skórą białą, miernie odżywiona, skarży się na gwałtowny ból w podżebrzu prawem. W obec prawidłowych stosunków w klatce piersiowéj, lekkiéj żółtaczki w białkówkach, owego bólu w prawem podżebrzu doprowadzającego chorą aż do omdlenia, w obec daléj tamże wymacalnego obrzęku kulistego, rozlanego, wielkości pięści pod wątrobą położonego i w obec systematycznie powtarzających się napadów, trzeba było w pierwszym rzędzie myśleć o kamieniach żółciowych, które uwięźnieniem sprowadzają bóle, a w następstwie zapalenie worka żółciowego i to ropne, zaczem podwyższenie ciepłoty ciała do 39·5 przemawiało. Mocz pod względem ilości i barwy prawidłowy okazywał tylko śladzik białka, zresztą skład prawidłowy, nie myśleliśmy przeto o chorobie nerkowéj; gdy zaś z powodu gwałtownego bólu dokładne zbadanie, a mianowicie obmacanie tej okolicy było niemożebnem, postanowiłem chorą zachloroformować i badać, a gdyby i to nie dało pewności, wykonać cięcie rozpoznawcze, któreby w danym razie posłużyć mogło także w celach dokonania doszczętnéj operacyi, mając na myśli wycięcie zwyrodniałego worka żółciowego. Po nastaniu znieczulenia wydało się palcom badającym, że guz ten położonym jest głębiéj, przeto przypuszczenie otoku worka żółciowego doznało zachwiania. Celem rozstrzygnięcia otworzyłem jamę brzuszną cięciem podłużnem po zewnętrznym brzegu mięśnia prostego poprowadzonem, poczem się przekonałem, że worek żółciowy jest prawidłowy, a że guzem owym jest znacznie powiększona i łatwo przesuwalna prawa nerka, która nadto okazywała

wyraźne chełbotanie w miejscu miedniczki. Śledząc za moczowodem, czułem w głębi coś twardego, wielkości fasoli. W obec tych danych musiałem przyjąć wytworzenie się roponercza na podstawie kamieni w miedniczce i moczowodzie i postanowiłem wykonać natychmiast nefrektomiję, tutaj bardzo ułatwioną przez ruchomość nerki. Przekonawszy się poprzednio o istnieniu drugiéj nerki i nabrawszy przekonania, że mocz oddany tylko z niéj mógł pochodzić, przystąpiłem śmiało do operacyi i w tym celu rozsunąłem jelita-naciąłem tylną ścianę otrzewny, a wydobywszy opuchłą nerkę z głębi, podwiązałem jéj wnękę i odciąłem. Przy tym ostatnim akcie operacyjnym dostało się trochę płynu ropiastego z obciętéj nerki do jamy otrzewnowéj, lecz tenże wymaczałem zaraz dokładnie kulkami z gazy sublimatowéj i przemyłem całe pole operacyjne ciepłą wodą borową tak, że o infekcyję z tego powodu wcale się nie trwożyłem. Przekonawszy się, że krwotok jest ściśle zatamowany, zaszyłem czemprędzéj tylną i przednią ranę w otrzewny a w końcu i ranę brzuszną zewnętrzną tak, że operacyja cała ukończoną była w 90 minutach przy zużyciu 45 grm chloroformu.

Z wyjątkiem lekkich bólów zaraz po operacyi i wymiotów po chloroformie nastąpiło zagojenie się *p. primam*, a chora w trzy tygodnie po operacyi opuściła zakład. Ilość moczu zachowywała się jak następuje: w pierwszéj dobie 520 kcm., w drugiéj 620, w trzeciéj 820, w czwartéj 930 a od piątéj po nad 1000.

Oprócz tych uwag, które mi się nasunęły przy omówieniu pierwszego z moich przypadków i dotyczyły wyłącznie urazów nerki, dały mi trzy ostatnie przypadki sposobność do zebrania następującego doświadczenia w razach ciężkich zapalnych chorób nerki lub ich następstw:

1) Sprawy ropne w nercze z rozszerzeniem się na części sąsiednie wymagają typowéj nefrektomii, aby zapewnić odpływ ropie i posoce na zewnątrz, dobrze wyczyścić ściany zbiornika tychże i zapobiedz dalszemu rozszerzaniu się na

części, ważniejsze, do których zaliczyć możemy jamę otrzewnową, opłucnową, a nawet staw biodrowy. Celem dopięcia tego zamiaru wystarczy nam częstokroć cięcie lędźwiowe tylne czyli S i m o n a, w przypadkach jednakże, w których ropa już znaczniéj pod otrzewnę się podminowała, lepiéj będzie wykonać jedno lub dwuwrotowe cięcie B a r d e n h e u e r a zezwalające na lepszy przystęp do powstałych zatok i nysz.

2) Przetoka moczowodowa powinna absolutnie być usuniętą przez odpowiednią nefrektomiję, jeżeli tylko obecność i dobra funkcyja drugiéj nerki na to zezwalają i to nietylko z przyczyn subjektywnych t. j. od samego pacyjenta zawisłych, jak n. p. okoliczność, że mocz z przetoki odpływający nie daje się dobrze chwytać w przyrządy, wnika w ubrania i staje się przeszkodą w zajęciu i używaniu rozkoszy życia; lecz także z przyczyn objektywnych, gdyż i przy najlepiéj funkcyjonujących przyrządach wywołać może przetoka moczowodowa nawet po długiem już trwaniu podobne zniszczenia jak te, o których wspominałem pod l. 1.

3) Nefrektomija w tych ostatnich warunkach dokonana daje znacznie gorsze widoki wyleczenia, niż w takich razach, gdzie niema ropienia i przez nie wywołanych bliznowatych zrostów.

4) Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że przy równych dobrych warunkach jest i wykonanie nefrektomii z otwarciem jamy brzusznéj (*n. transperitonealis)* łatwiejszem i szybszym przebieg leczenia pooperacyjnego, niż nefrektomii zaotrzewnowéj (*n. extraperitonealis*), lecz nie wszędzie da się zastosować pierwsza z nich. Moje doświadczenie poucza mnie, że wszędzie tam, gdzie sprawa odbywa się śród torebki nerkowéj należałoby użyć metody śródotrzewnowéj, gdzie zaś zajęte są i części sąsiednie, należy się ograniczyć do metody zaotrzewnowéj osobliwie zaś, jeżeli się rozchodzi o sprawy ropne.